vidéo
audio
images
liens

Organisation des soins aux urgences pédiatriques

Christèle Gras-Le Guen, Bénédicte Vrignaud, Karine Levieux et le Groupe francophone de réanimation et d'urgence pédiatrique (GFRUP)

Les services d'urgences pédiatriques sont de plus en plus fréquentés (+ 5 % de passages tous les ans), or moins de 20 % des enfants admis aux urgences sont hospitalisés et 50 % ne font l'objet d'aucun acte. Les médecins traitants ont un rôle important à jouer dans l'éducation des familles qui ne doivent se présenter aux urgences qu'après avis médical ou appel au centre 15.

Ce qui est nouveau

Des outils d'évaluation de la pertinence du recours aux urgences sont à l'étude.

Les équipes médicales des urgences pédiatriques sont composées de pédiatres et/ou de médecins urgentistes qui collaborent avec des chirurgiens.

L'organisation des services d'urgences pédiatriques doit tenir compte des fluctuations du flux des patients. La seniorisation des prises en charge et la mise à disposition des équipes de protocoles médicaux actualisés et basés sur les preuves est indispensable dans l'amélioration des pratiques et la diminution des temps de passage aux urgences.

Les parents qui le souhaitent sont largement associés aux soins, en particulier douloureux, et apportent une aide précieuse dans la mise en confiance de leur enfant.

Afin d'optimiser les collaborations et le recours aux services des urgences pédiatriques pour les enfants et leurs familles, il est important d'en connaître l'organisation et le fonctionnement, les points forts et les faiblesses, ainsi que les perspectives d'évolution.

Quelques chiffres

Lors d'une récente enquête du Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques (GFRUP), on dénombrait environ 110 services d'urgences pédiatriques, parmi les quelque 650 services d'urgences français. Environ 60 % d'entre eux seraient « mixtes » (accueil enfants et adultes), en particulier dans les hôpitaux de taille modeste. En 2013, 16 359 205 passages aux urgences ont été dénombrés dont 2 727 554 patients mineurs, et 2 347 009 au sein des urgences pédiatriques.[1] La tendance générale rapportée par les services affiliés au GFRUP est celle d'une augmentation constante du nombre de passages annuels (+ 5 % par an au CHU de Nantes et à l'hôpital Robert-Debré à Paris, par exemple), avec une fréquentation significativement augmentée en dehors des heures ouvrables (les journées de plus forte fréquentation sont le samedi et le dimanche, le pic d'admission survenant vers 18 heures), ce qui n'est pas sans faire évoquer le délicat problème de la permanence des soins.

Qui sont ces patients ?

Une vaste enquête épidémiologique a été menée un jour donné par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2013, les résultats, prochainement disponibles, permettront de préciser l'état des lieux aux urgences pédiatriques, les données dont nous disposons aujourd'hui pour plusieurs hôpitaux n'étant pas exhaustives.
Les enfants qui consultent aux urgences pédiatriques sont des nourrissons pour 40 % d'entre eux, des enfants pour 45 % et des adolescents pour 20 %. Certains services admettent des patients jusqu'à 18 ans alors que d'autres sont réservés aux

Service de pédiatrie générale, urgences pédiatriques, hôpital Mère-Enfant, CHU de Nantes, 44093 Nantes Cedex, France.
christele.grasleguen@chu-nantes.fr

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

enfants de moins de 16 ans, ou encore 15 ans et 3 mois pour d'autres. Lorsque les enfants sont suivis en pédiatrie pour une pathologie chronique, ils sont admis aux urgences pédiatriques même au-delà de 18 ans. Si seuls 1 % d'entre eux ont une détresse vitale à l'admission, 49 % sont classés comme prioritaires (avis médical dans la demi-heure) et 50 % sans urgence. Selon les périodes épidémiques et selon les hôpitaux, le taux d'hospitalisation après passage aux urgences est de 5 à 20 %, la plupart de ces hospitalisations se faisant dans un service de courte durée. Les enfants se présentent aux urgences dans un tiers des cas pour un motif chirurgical (traumatologie, douleurs abdominales, pathologie des organes génitaux) et dans deux tiers des cas pour un motif médical (dont 10 % de psychiatrie). Les infections respiratoires (hautes et basses) et les gastroentérites constituent les diagnostics les plus fréquents à l'issue de leur passage.

Parcours d'un enfant admis aux urgences : le rôle clé de l'infirmière de « tri »

Le premier soignant que rencontrent l'enfant et sa famille aux urgences est l'infirmière d'orientation et d'accueil dont le rôle est essentiel dans le fonctionnement des urgences, puisqu'elle détermine le niveau d'urgence de l'enfant et ainsi sa priorisation, et donc son ordre de passage dans les urgences. Elle doit ainsi identifier rapidement les enfants qui ont une urgence vitale, déterminer la zone de soins la plus appropriée afin de limiter la congestion des salles d'attente, initier une évaluation continue des patients tout en informant les familles des soins et des délais d'attente (*v.* ci-contre). L'échelle de tri la plus souvent utilisée est l'échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité[2] qui tient compte du motif de consultation, de l'état de conscience de l'enfant (score de Glasgow pour certaines équipes), des constantes vitales recueillies systématiquement (fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SaO2, tension artérielle), mais aussi du score de douleur afin de délivrer dès l'admission le traitement antalgique adapté à chacun.

CHU de Nantes

Urgences pédiatriques

Nous vous souhaitons la bienvenue aux urgences pédiatriques. Merci de prendre connaissance des informations ci-dessous qui vous permettront de comprendre l'organisation de notre service. Il est important d'en faire un retour à votre enfant et de lui expliquer la façon dont il sera pris en charge. Ces informations permettront de faciliter son séjour parmi nous.

L'accueil de votre enfant

Vous venez d'être accueilli par l'infirmière d'accueil et d'orientation. L'unité des urgences pédiatriques réunit deux secteurs indépendants : un secteur de **chirurgie** et un secteur de **médecine**.

Dans chaque secteur sont présents : un pédiatre ou un urgentiste, une puéricultrice, une auxiliaire de puériculture, un interne (médecin en cours de spécialisation) et quelques externes (étudiants en médecine à partir de la 5e année).

Comme tous les services d'un centre hospitalier universitaire tel que le CHU de Nantes, le service des urgences pédiatriques a un devoir de formation des futurs professionnels de santé. C'est pourquoi vous y rencontrerez des étudiants futurs professionnels de santé.

Après l'observation de votre enfant, l'infirmière d'accueil et d'orientation vous a orienté vers le secteur adapté au cas de votre enfant. En fonction du degré de gravité de son état, évalué selon des critères médicaux bien précis, **elle vous a attribué un ordre de passage qui ne correspond donc pas à l'ordre d'arrivée dans le service.**

Pourquoi tant d'attente ?

Nous mettons tout en œuvre pour réduire au maximum votre temps d'attente. Cette attente peut être dûe :

– à l'**indisponibilité d'une salle d'examen** (en cas d'afflux massif des patients, à la mobilisation des médecins sur des urgences absolues et des infirmiers sur des soins divers) ;

– aux **délais d'obtention des résultats d'examens biologiques et/ou radiologiques** (échographie, scanner, IRM...) et/ou des consultations spécialisées (les spécialistes ayant leurs activités dans leur service ou au bloc opératoire) ;

– à **l'obtention d'un lit** dans un service de l'hôpital si l'hospitalisation est nécessaire.

Pendant ce délai d'attente, l'état de santé de votre enfant sera évalué régulièrement. N'hésitez pas à faire appel aux équipes de soin en cas de besoin.

Quelques règles à respecter

Pour le bon déroulement des soins, nous vous demandons de ne pas donner à boire ou à manger à votre enfant sans en avoir préalablement demandé l'autorisation à un soignant.

Compte tenu de la petite taille de nos locaux et pour le bien-être de tous, une seule personne accompagnante est tolérée. La présence d'autres enfants (frères, sœurs...) n'est pas possible pour éviter le contact avec des maladies contagieuses en salle d'attente.

Nous espérons que ces informations vous permettront de comprendre l'organisation des urgences pédiatriques.

Qui sont les autres acteurs des urgences pédiatriques ?

Les équipes qui prennent en charge les enfants admis aux urgences sont constituées différemment selon les centres hospitaliers. Alors que certains services d'urgences pédiatriques ne recrutent que des pédiatres, d'autres équipes fonctionnent avec des médecins urgentistes, ou un mixte des deux disciplines, permettant d'allier ainsi les compétences des médecins spécialistes de l'enfant à celles des médecins formés spécifiquement aux situations graves, aux gestes d'urgence vitale, et à la pathologie traumatique. Les équipes chirurgicales sont bien sûr associées au fonctionnement des urgences pédiatriques, les chirurgiens seniors intervenant sur demande, les internes de chirurgie participant le plus souvent aux gardes. La plupart des services d'urgences pédiatriques sont dirigés par des pédiatres, les équipes médicales sont constituées de praticiens hospitaliers (pour certains spécialisés dans un autre domaine de la pédiatrie, et exerçant à temps partiel aux urgences), d'assistants spécialistes et de trop rares chefs de clinique. Pourtant, ces services accueillent de nombreux internes en formation, en particulier dans la filière médecine générale, mais aussi pédiatrie et médecine d'urgence. De très nombreux étudiants hospitaliers se succèdent également dans ces services connus pour leur caractère très formateur à la médecine de l'enfant.

Les équipes paramédicales sont faites, en proportion variable ici encore selon les hôpitaux, de puéricultrices qui travaillent en binôme avec des auxiliaires de puériculture, ou encore d'infirmières en binôme avec des aides-soignants. Ces équipes constituent « l'âme » des urgences pédiatriques du fait de leur expérience dans l'accueil des enfants et de leur famille, dans leur maîtrise de gestes techniques réputés plus difficiles chez l'enfant (voie veineuse) mais aussi dans « l'apprivoisement » de l'enfant, sa mise en confiance et l'intégration de ses parents aux soins (*v.* encadré). Ces prérequis permettent ainsi aux jeunes patients de mieux supporter des gestes stressants et/ou douloureux (sutures, réductions de fracture, ponctions veineuses,

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Place des parents dans les services d'urgences pédiatriques

Longtemps tenus à l'écart des soins, les parents sont aujourd'hui largement impliqués dans la prise en charge de leurs enfants admis aux urgences ou, plus généralement, dans les services de pédiatrie. Dès leur admission aux urgences, leur participation est sollicitée systématiquement en contexte de gastro-entérite, par exemple : on leur explique comment administrer le soluté de réhydratation durant leur séjour en salle d'attente, et comment surveiller l'apparition de signes cliniques inquiétants. Ils sont également sollicités en cas de réalisation d'un prélèvement d'urine (petite toilette) ou pour surveiller fièvre ou douleur après l'administration d'un antipyrétique ou d'un antalgique.

Il est aujourd'hui bien établi pour les équipes soignantes, médicales et paramédicales que les parents peuvent, s'ils le souhaitent, tout voir et tout entendre, et sont (à de rares exceptions près) source de réconfort et d'apaisement pour l'enfant. Il paraît ainsi naturel de leur proposer de participer à la réalisation d'un bilan sanguin, en aidant l'équipe soignante à établir un climat de confiance avec leur enfant, en lui tenant la main et ou chantant avec l'auxiliaire de puériculture ! De la même manière, pour les gestes plus « spectaculaires » comme une ponction lombaire, une suture ou une réduction de fracture, il leur est systématiquement proposé de rester auprès de leur enfant. Ils peuvent ainsi constater les moyens mis en œuvre pour limiter la douleur (protoxyde d'azote, lidocaïne, glucosé 30 % pour les nouveau-nés), et se sentent plus utiles dans un rôle actif de participation aux soins qu'à faire les 100 pas dans le couloir.

Dans les rares situations dramatiques d'arrêt cardiorespiratoire aux urgences, comme dans les services de réanimation, les parents ne sont plus éloignés systématiquement de la salle de déchoquage, le choix leur est offert d'assister ou non à la réanimation. L'expérience des équipes montre que, souvent, les parents préfèrent rester pour vivre en direct auprès de leur enfant ces moments terribles. Cette transparence absolue dans les manœuvres de réanimation constitue une charge émotionnelle supplémentaire pour les équipes, ou peut sembler choquante pour les parents, mais elle leur permet aussi de constater que tout a été mis en œuvre pour réanimer leur enfant. Des travaux américains confirment le bien-fondé de cette transparence.[1]

De manière plus systématique cette fois, un des parents est tenu d'accompagner son enfant en cas d'orientation vers l'unité d'hospitalisation de courte durée attenant aux urgences. Il s'agit d'un secteur où les enfants sont gardés en observation quelques heures, le temps d'une réhydratation ou de réaliser plusieurs examens complémentaires. Dans ce secteur, la présence des parents, qui disposent le plus souvent d'un lit, est précieuse pour rassurer l'enfant, mais aussi pour participer à ses repas et à sa toilette. La présence d'un parent est également compatible avec des sorties rapides, autorisant un rythme de renouvellement soutenu des admissions (2 enfants par jour et par lit en moyenne), indispensable dans ce type d'unité.

Ainsi, de discutée il y a encore peu, la présence des parents est aujourd'hui toujours souhaitée et même quasiment exigée dans certains secteurs afin d'accompagner l'enfant dans de meilleures conditions et d'établir un climat de confiance autour des soins et des prises en charge médicales avec sa famille.[2] •

RÉFÉRENCES

1. Beckman AW, Sloan BK, Moore GP, et al.; P50 (Parental Presence during Painful Pediatric Procedures) Research Group. Should parents be present during emergency department procedures on children, and who should make that decision? A survey of emergency physician and nurse attitudes. Acad Emerg Med 2002;9:154-8. Erratum in: Acad Emerg Med 2002;9:287.
2. Koven S. Mom at bedside, appears calm. N Engl J Med 2014;370:104-5.

etc.) et aux médecins de réaliser des gestes de qualité dans des conditions optimisées.

Délais de passage

Les délais de passage aux urgences pédiatriques sont en moyenne de 3 à 4 heures, et étroitement conditionnés par l'affluence au moment de l'admission. Ces délais varient donc selon le jour et l'heure d'arrivée, mais aussi selon la réalisation ou non d'examens complémentaires, dont l'indication doit être minutieusement posée. C'est un domaine dans lequel la seniorisation des prises en charge apparaît plus que jamais indispensable, afin que les plus jeunes ne soient pas tentés de remplacer un manque d'expérience par la prescription accrue d'examens complémentaires.

En période épidémique

La fréquentation des urgences pédiatriques est étroitement liée aux périodes d'épidémies virales qui affectent fortement le

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

nombre de passages quotidiens ainsi que le fonctionnement des services, rapidement saturés de bronchiolites ou d'enfants grippés.[3] C'est en effet dans ces périodes que les délais de passage s'allongent, faute parfois de lits d'aval rapidement disponibles, rendant alors les conditions d'accueil pour les enfants et leur famille très inconfortables. Même si les plaintes déposées par les familles restent très rares, de telles conditions d'exercice sont à très fort risque d'erreur ou de confusion pour les soignants qui doivent redoubler de vigilance diagnostique et thérapeutique.

Quelles pistes pour optimiser le recours aux urgences pédiatriques ?

Les urgences sont devenues un enjeu sociétal majeur ou la qualité de la prise en charge et la perception par les familles d'avoir été bien reçues et bien soignées, sur le plan médical mais aussi humain, exigent de réfléchir à l'amélioration du recours à ces services.

En amont des urgences, il est indispensable et urgent d'éduquer les familles au civisme, et de les inciter à consulter leur médecin, en l'absence de signe de gravité immédiat, ou à faire appel au 15 avant de se déplacer aux urgences. Il est en effet important d'expliquer qu'il existe la plupart du temps des alternatives au passage par les urgences (50 % des patients en ressortent sans acte…) que les régulateurs des centres 15 connaissent bien. Certaines équipes se sont également organisées afin de mettre à disposition des médecins de soins primaires une ligne dédiée leur permettant d'adresser directement leurs patients au médecin présent aux urgences, mais aussi d'échanger en cas de doute diagnostique ou thérapeutique. Ces appels aboutissent pour certains à la programmation de consultations semi-urgentes dans les 24 à 72 heures et évitent un passage aux urgences. À charge des services d'urgences de s'organiser pour faire coïncider le nombre de personnels avec le flux des patients, de répartir les consultants dans un circuit adapté sans les mélanger avec les patients relevant d'une prise en charge urgente, de senioriser les prescriptions et de rédiger des protocoles actualisés fondés sur les preuves afin de limiter les examens complémentaires à ceux strictement utiles, mais aussi de mettre en place des mesures de type « hôpital en tension » pour faire face aux épidémies hivernales, en ouvrant par exemple des lits d'aval afin de limiter l'accumulation des patients aux urgences.[3] •

C. Gras-Le Guen déclare avoir été prise en charge à l'occasion de congrès par Thermo Fischer, GSK et Sanofi Pasteur MSD.
B. Vrignaud et K. Levieux déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

POUR LA PRATIQUE

Feux rouges

- Éduquer sa patientèle à ne se présenter aux urgences qu'après avis médical ou appel au centre 15.
- Prendre contact avec un des médecins présents aux urgences pour annoncer l'arrivée d'un patient.
- En l'absence d'urgence immédiate, préférer une consultation en semi-urgence qu'un avis aux urgences à 20 heures un vendredi soir…
- Expliquer aux familles que les délais d'attente (hors urgence vitale) peuvent être longs (les délais de passage aux urgences sont de 3 à 4 heures en moyenne)…

RÉSUMÉ Organisation des soins aux urgences pédiatriques.

Le flux des enfants admis aux urgences pédiatriques augmente régulièrement, impliquant à certaines périodes des conditions d'accueil difficiles pour les familles et des difficultés d'organisation majeures pour les équipes. Dans ce contexte, les médecins traitants sont une des clefs de la régulation des flux de patients aux urgences, en informant par anticipation leurs patients du fonctionnement des services d'accueil (priorisation sur la gravité, forte fréquentation et délais d'attente majorés en fin d'après-midi). Tout doit être fait pour trouver une alternative lorsqu'elle existe au passage par les urgences, en facilitant la communication entre les différents acteurs de soins et en proposant des consultations semi-urgentes, par exemple, souvent plus adaptées aux problématiques pédiatriques.

SUMMARY Care organization at french pediatric emergency department.

The number of children admitted to paediatric emergencies is increasing steadily, and is responsible for an altered quality in the patients' reception and some major perturbations in the care organization. In this context, the primary care physicians play a major role in explaining their patients "how to use" the paediatric emergency department (priority in case of vital emergency, periods with lot of admissions and increased waiting time …). Everything must be done to find an alternative to the pediatric emergency department passage by facilitating communication between caregivers and for example by offering semi urgent consultations possibility.

RÉFÉRENCES

1. Statistique annuelle des établissements de santé http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr
2. Gravel J, Fitzpatrick E, Gouin S, et al. Performance of the Canadian triage and acuity scale for children: a multicenter database study. Ann Emerg Med 2013;61:27-32.e3.
3. Mercier JC, Bellettre X, Lejay É, Desmarets M, Titomanlio L. Urgences pédiatriques: l'exemple de la gestion des épidémies hivernales. Rev Prat 2015;61:47-50.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN